

Necesitamos personas con carácter que tengan mando y sepan generar y compartir el poder que otorga la capacidad de ejercer la vocación de servicio.

El reto a la fecha es, construir organizaciones inteligentes, competitivas guiadas por líderes creativos, comprometidos con sus propuestas, que conviertan el desafío en objetivos y los objetivos en realidades.

Necesitamos más gente comprometida y menos criticones.

Necesitamos más personas con propuestas, constructores de equipos de alto rendimiento.

Necesitamos más líderes comprometidos que sean factor de cambio.

### **Necesitamos mas realizadores y menos espectadores.**

Necesitamos más gente con calidad que sean educadores en calidad congruentes con lo que piensan, lo que dicen y lo que hacen.

Necesitamos más personas fuertes, física, mental, y espiritualmente que se atreban a transmitir, transformar y trabajar en equipo para poder crear un mundo mejor, más saludable y digno de ser habitado.

La calidad de vida en la personas es directamente proporcional a su compromiso con la calidad total sin reparar en posiciones ni esfuerzos.

## **Mapas comunicacionales en la atención médica**

**DR. CARLOS FERNÁNDEZ COLLADO**

*Licenciado en Comunicación por la Universidad Anáhuac. Maestría y doctorado en la Michigan State University. Subcoordinador General de Comunicación Social de la Presidencia de la República. Secretario particular de la primera dama. Director General de R.T.C. Rector de la Universidad de Celaya. 10 libros publicados. Académico de número de la Academia Mexicana de Comunicación. Miembro de honor de la Asociación Española de Profesionales de la Comunicación. Teponaxtli de Malinalco de la Asociación de Publicidad por el mejor programa de televisión y mejor campaña no comercial de información social. Primer lugar en la categoría de investigación de la AMCO. Ha sido conferencista en varios países de habla hispana.*

Para el tema de la plática de hoy, los nuevos mapas en la relación médico-paciente, necesitamos un atlas, una colección de mapas distinta a la que existe para localizar nuestros movimientos. Por ejemplo, si hoy se le muestra a un adolescente el mapa antiguo, el viejo mapamundi, no será suficiente para que los jóvenes lleguen a su objetivo. Sin embargo, constantemente los tratamos de formar con el

mapa que no los llevará, ni los sacará del momento en que no encuentran el camino.

¿Cómo encontrar puntos de referencia en el mundo global, en este mundo que se está alzando para sustituir al antiguo? En el caso de la relación médico-paciente, el territorio ya cambió y hay muchos médicos que siguen usando el viejo mapa para ubicarse en el mundo de hoy, pero también hay muchos pacientes que están en la misma situación. El espacio en que nos desenvolvemos ha cambiado y exige otros mapamundis.

Por ejemplo, para obtener el aprendizaje se hacía una búsqueda, hoy el aprendizaje llega. El conocimiento nos encuentra y está en todos lados. Digamos que el nuevo atlas, debe especificar con claridad las redes que rebasan los obstáculos naturales e históricos, un mapa ciertamente mucho más complejo.

Para hablar en términos de comunicación, debe ser un mapa que trascienda la peregrinación de los mensajes. Estaba haciendo algunas reflexiones en torno a la dificultad que existe hoy en la relación médico-paciente. Cuál es el nuevo territorio, sobre el cuál debemos trazar un mapa: por ejemplo, hoy un médico tendrá alrededor de entre 100,000 y 160,000 entrevistas con pacientes a lo largo de su vida profesional. Ese es un dato de 1998, aunque hay que buscar un término medio de la diferencia entre una y otra cifra, unos 130,000 entrevistas con paciente.

El médico en la actualidad vive presionado por mejorar su diagnóstico, ahorrar tiempo, aumentar el índice de retención de pacientes, superar la marca de satisfacción de estos y lograr del paciente un mayor cumplimiento de sus disposiciones.

Para darles otra estadística más impresionante del año 2000, en el terreno comercial la pérdida de un cliente y la creación de uno nuevo, cuesta cinco veces más que el retenerlo. En el caso de la relación médico-paciente, siete veces, si yo pierdo un paciente voy a tener que gastar siete veces más para obtener otro que lo sustituya. Por el lado de los pacientes, los encontramos sumamente acertivos, a veces agresivos, muchísimo más informados y, al mismo tiempo, más desinformados. Encontramos pacientes más propensos al litigio, a sancionar al médico o a la institución, cuando alguno se equivoca. Encontramos pacientes mucho menos leales. En síntesis, el territorio de la relación médico-paciente ha cambiado radicalmente. Es un cambio dramático:

Por un lado, hay que hacer un mejor diagnóstico en menos tiempo, mantener contento al paciente y hacer que cumpla con las especificaciones para que se cure. Por el otro lado, el paciente es crítico, algunos son informados y otros no tanto. Creo que los médicos tienen que crear "ámbitos" en estas 100,000 ó 160,000 consultas que realiza un médico. Un "ámbito" es muy difícil de crear.

Generalmente, lo que se llega a crear con mucha facilidad son pacientes-objeto. Sin ser médico, puedo hacer un paralelismo con las muchas entrevistas que he realizado y

para el efecto es lo mismo: un médico atiende a su paciente y puede verlo como una realidad mensurable, situable, ponderable, delimitable, acible, es decir, si ustedes entran a una casa donde hay un piano y sobre éste hay un mantel, fotografías y un florero: es sólo un objeto en esa casa. Es lo mismo cuando algunos médicos ven al paciente, pues representa sólo un órgano, una parte del cuerpo.

En otras palabras, un "ámbito" es cuando ustedes entran a una casa e inmediatamente se dan cuenta que el piano se usa y se toca. En ese momento el piano deja de ser un objeto para convertirse en un sujeto, con el cual se establece una relación que puede generar intercambios, cosas extraordinarias. El "ámbito" es una realidad capaz de ofrecer posibilidades y recibir otras. Solamente habrá una buena relación médico-paciente si en esa entrevista se crea el "ámbito" y en lugar de tener el piano como objeto lo tenemos como una relación de ida y vuelta. Nadie dice que la creación de un "ámbito" tenga que ser lento, puede ser rápido, pero para ello hay que tratar a la persona como tal. Una persona no se reduce a lo que abarca su cuerpo y esto es muy importante que la comunidad médica lo recuerde.

El ser humano que entra a consulta es un centro de iniciativa: tiene deseos, ideas, sentimientos, proyectos. No podemos decirle hoy a un paciente que está mal que se informe, cuando el país entero está luchando por mejorar la información para todos. Qué bendición que nos llegue un paciente que se metió a internet, compró libros ó estudió y aunque llegue mal informado, qué bueno que hizo ese ejercicio. Literalmente hizo un ejercicio luterano. ¿Quién se va a salvar? Yo, entonces quiero interpretar el libro que me va a llevar a la salvación. Es bueno que se informen y generen estas relaciones, porque parte del cambio del "territorio" que enfrentan los médicos y, en general, todos es la ley de transparencia y acceso a la información. Esa ley cambió el "territorio" para todos.

Ahora no van a ser los médicos los poseedores únicos de la información: un paciente, un periodista, una ONG, un académico ó los colegas de los médicos pueden solicitar información y dentro de seis ó siete meses exactamente, en junio tendremos la obligación de contestar, imagínense lo que eso representa para el Instituto Mexicano del Seguro Social, lo que eso representa para el ISSSTE.

Imagínense un paciente que solicite información ¿qué representa para los abogados e instituciones como ésta?. Tendrán que contestar si tienen o no información. Tendrán que entregarla, a menos de que sea reservada. Por ejemplo, el caso de un paciente está en reserva, pero estarán abiertos los canales para conocer casi toda la información de las instituciones. Si un médico en una institución pública le niega el tratamiento a un paciente, éste podrá solicitar esa información a la institución y si había el análisis ó existía el tratamiento y no se lo dieron la demanda será terrible. El "territorio" cambió, por eso más vale que generemos en la consulta "ámbitos" que establezcamos vínculos de todo or-

den y dejar que cada una de las partes asuma su destino, el paciente y el médico.

No hay relación si no hay ámbito; hay un autor canadiense Marshall Macluhan que hace muchos años se impresionó con un anuncio publicitario: eran dos piernas de una mujer, se impresionó a tal grado que le llamó a su primer libro "La Novia Mecánica", es decir no puede ser que los publicistas le quiten a la mujer el cuerpo y pongan nada más una parte como si fuera una novia mecánica. No sé por qué pero hay una analogía médica que pudiera aplicarse aquí: "no soy sólo riñones, ni próstata. Soy mucho más".

Somos una vertiente objetiva porque somos corpóreos, pero tenemos muchas otras vertientes, la ética, la estética, la profesional, la religiosa y todas las que se les ocurra. Ojalá en las relaciones entre médico y paciente, las 100 ó 160, 000 entrevistas que realiza un médico a lo largo de su carrera: en el número en que vayan y las que siguen en el futuro, sean ámbito de vida para ustedes y para sus pacientes.

Muchas gracias.

### La Enseñanza de la Comunicación Humana en Medicina

DR. ANTONIO EUGENIO RIVERA CISNEROS

*Médico Cirujano titulado por la Universidad de Guanajuato, en donde también estudió la Maestría en Ciencias Médicas, la especialidad en Fisiología Humana y el doctorado en Ciencias Médicas. Posteriormente cursó la maestría en Investigación y Desarrollo Educativo por la Universidad Iberoamericana y la especialidad de Gestión. Su trayectoria académica ha versado principalmente sobre docencia, investigación y servicios médicos ligados al ejercicio físico y formación de recursos humanos en ciencias de la salud. Pertenece a diversas asociaciones médicas y académicas. Catedrático y autor de diversos artículos especializados, ha sido presidente de la Asociación Mexicana de Diabetes en Guanajuato, coordinador académico de la maestría en ciencias de la actividad física y, actualmente, Director General de Enseñanza e Investigación de la CONAMED.*

### Introducción

Buenos días, en los siguientes 5 minutos expondré el marco contextual general en el cual se desarrollará este panel, relacionado con el tema de la enseñanza de la comunicación humana en medicina.

El propósito de este panel es relacionar 4 conceptos fundamentales y reflexionar sobre ellos. El primero, sobre la práctica contemporánea de la medicina; el segundo, sobre